|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aanvraag tot registratie als vergunde zorgaanbieder voor het aanbieden van ondersteuningsmodules in het kader van de directe financiering voor geïnterneerde personen met een handicap** |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?****Met dit formulier kunt u als vergunde zorgaanbieder een aanvraag indienen om bij het VAPH geregistreerd te worden als vergunde zorgaanbieder van ondersteuningsmodules in het kader van de directe financiering voor geïnterneerde personen met een handicap, zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 2018 en het bijbehorende ministerieel besluit van 16 januari 2019. Met dit formulier vraagt u ook wijzigingen aan (bijvoorbeeld van adressen waar de ondersteuning wordt aangeboden, van bijkomende modules of als modules niet meer worden aangeboden).* |
|  | **Gegevens van de vergunde zorgaanbieder** |
| **1** | **Vul de gegevens in van de vergunde zorgaanbieder.** |
|  | naam  |       |
|  | SE-nummer |       |
|  | telefoonnummer |   |
|  | e-mailadres |       |
|  | **Gegevens van de ondersteuningsmodules** |
| **2** | **Op welke adressen zal de ondersteuning hoofdzakelijk worden aangeboden?** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | adres 1 |  | adres 2 |  | adres 3 |
|  | straat en huisnummer |  |       |  |       |  |       |
|  | postnummer en gemeente |  |       |  |       |  |       |
|  | telefoonnummer |  |       |  |       |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Wilt u een adreswijziging doorvoeren voor de geregistreerde ondersteuningsmodules?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | ja. Welke adreswijziging wilt u doorvoeren?*U kunt een of meer hokjes aankruisen.* |
|  | [ ]  | adressen schrappen. Ga naar vraag 4. |
|  | [ ]  | adressen toevoegen. *Ga naar vraag 5.* |
|  | [ ]  | nee. *Ga naar vraag 6.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Welke adressen wilt u schrappen?** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | adres 1 |  | adres 2 |  | adres 3 |
|  | straat en huisnummer |  |       |  |       |  |       |
|  | postnummer en gemeente |  |       |  |       |  |       |
|  | telefoonnummer |  |       |  |       |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Welke adressen wilt u toevoegen?** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | adres 1 |  | adres 2 |  | adres 3 |
|  | straat en huisnummer |  |       |  |       |  |       |
|  | postnummer en gemeente |  |       |  |       |  |       |
|  | telefoonnummer |  |       |  |       |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Duid de ondersteuningsmodules aan die uw organisatie kan aanbieden in het kader van de directe financiering voor geïnterneerde personen met een handicap.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | module individuele ondersteuning |
|  | [ ]  | module dagondersteuning |
|  | [ ]  | module woonondersteuning |
|  | [ ]  | module dag- en woonondersteuning |
|  | [ ]  | module dag- en woonondersteuning + |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Als u voor bepaalde modules al over een registratie beschikt, welke ondersteuningsmodule wilt u dan bijkomend aanvragen?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | module individuele ondersteuning |
|  | [ ]  | module dagondersteuning |
|  | [ ]  | module woonondersteuning |
|  | [ ]  | module dag- en woonondersteuning |
|  | [ ]  | module dag- en woonondersteuning + |

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **Beschikt u voor bepaalde modules over een registratie die u wilt stopzetten?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | module individuele ondersteuning |
|  | [ ]  | module dagondersteuning |
|  | [ ]  | module woonondersteuning |
|  | [ ]  | module dag- en woonondersteuning |
|  | [ ]  | module dag- en woonondersteuning + |

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **Geef, afhankelijk van de modules dag- en woonondersteuning die u als vergunde zorgaanbieder wilt aanbieden, een omschrijving van de beschikbare aangepaste infrastructuur of van de infrastructurele maatregelen die u op korte termijn gaat uitvoeren.** |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **10** | **Omschrijf de manier waarop de ondersteuning zal worden georganiseerd in overleg met en op maat van de individuele persoon met een handicap.** |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **11** | **Omschrijf de forensische knowhow en expertise waarover u als vergunde zorgaanbieder beschikt of zult beschikken.** *Vermeld bijvoorbeeld opleidingen die u gevolgd hebt met het oog op een forensische doelgroep. Als u verschillende modules aanbiedt, omschrijft u de knowhow en expertise die voor de verschillende modules specifiek van toepassing is.*  |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **12** | **Omschrijf de manier waarop u als vergunde zorgaanbieder sectoraal en intersectoraal zult afstemmen met andere actoren die betrokken zijn bij de ondersteuning van de geïnterneerde personen met een handicap.** |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **13** | **Omschrijf de wijze waarop de opvolging en nazorg van het zorgtraject van de betrokken geïnterneerde personen worden opgenomen.** |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  | **Ondertekening** |
| **14** | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | **Ik verklaar op erewoord dat de gegevens in deze aanvraag volledig en correct zijn.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | datum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | handtekening |  |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | functie |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aan wie bezorgt u dit formulier?** |
| **15** | *Mail de ingescande, ondertekende versie van dit formulier naar internering@vaph.be.*  |
|  | **Hoe gaat het verder met dit formulier?** |
| **16** | *Het VAPH onderzoekt uw aanvraag op volledigheid en keurt de registratie goed als u alle vereiste gegevens hebt vermeld. De goedkeuring van de registratie wordt u met een beslissingsbrief meegedeeld.* *Het VAPH kan na de goedkeuring van de registratie de beslissing op elk moment herroepen als het vaststelt dat de vergunde zorgaanbieder niet voldoet aan de voorwaarden uit het bovenvermelde besluit van de Vlaamse Regering en het bijbehorende ministerieel besluit.* |